

2.3 මහජනාධාර ලබා ගැනීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය

මහජනාධාර/ක්ෂයරෝගාධාර/පිළිකා රෝගාධාර/ලාදුරු රෝගය/වකුගඩු රෝගය

දිස්ත්‍රික්කය

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය

ග්‍රාම නිලධාරී වසම.....

කාර්යාලයේ අංකය.....

01. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම.....
02. අයදුම්කරුගේ ලිපිනය.....
03. දුරකථන අංකය.....
04. අයදුම්කරුගේ වයස.....ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය.....විවාහක/ අවිවාහක.....
05. අයදුම්කරුගේ රෝගාධාරයක් නම් (ප්‍රතිකාර ගන්නේ බාහිරවද /තේවාසිකවද?).....
06. වෛද්‍ය සහතිකයේ අංකය හා නිකුත් කල දිනය හා වලංගු කාලය.....
07. මහජනාධාරයක් ඉල්ලන්නේ නම් කුමක් සඳහාද යන වග.....
08. අයදුම්කරුගෙන් යැපෙන්නන්ගේ විස්තරය.....

අනු අං.	නම	ඥාතීත්වය	උපන් දිනය	වයස

09. අයදුම්කරුගේ දරුවන්ගේ/ලහම ඥාතීත්වය විස්තර

අනු අං.	නම	ඥාතීත්වය	උපන් දිනය	වයස

10. අයදුම්කරුගේ රැකියාව..... මාසික ආදායම.....

11. අයදුම්කරු සමාදායී ලාභියෙක්ද?එසේ නම් වටිනාකම.....

12. දැනට ආධාර මුදලක් ලබන්නේද?..... එසේ නම් වටිනාකම.....

13. ආධාර මුදල් ලබා ගැනීමට පහසු තැපැල් කාර්යාලය.....

14. අසනීප හෝ ආබාධිත තත්වය නිසා ඔබට තැපැල් කාර්යාලයට යා නොහැකි නම් ඒ සඳහා යවන නියෝජිතයාගේ

නම.....

ලිපිනය.....

හැඳුනුම්පත් අංකය.....

අත්සන.....

ඉහත සඳහන් කරුණු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....

.....

දිනය

ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

ග්‍රාම නිලධාරී වාර්තාව

1. අයදුම්කරුගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය(ශාරීරික දුබලතාවයන් තිබේ නම් ඒ ගැන විශේෂයෙන් සඳහන් කරන්න)
.....
.....
2. අයදුම්කරු රැකියාවක යෙදවිය හැකිද?.....
එසේ නම් කවර අන්දමේ රැකියාවක්ද යන්න විස්තර
3. ග්‍රාම නිලධාරී විසින් සහතික කරන අයදුම්කරුගේ පවුලේ මාසික ආදායම
4. මහජනාධාර මුදලක් දීම සඳහා නිර්දේශ කරන හේතුව පැහැදිලි කරන්න
.....
.....
.....

මහජනාධාර මුදල් නිර්දේශ කරමි/ නොකරමි.

.....
දිනය

.....
ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන

සමාජ සේවා නිලධාරීගේ වාර්තාව

මා විසින් පුද්ගලිකව පරීක්ෂා කරන ලදී/නොකරන ලදී.මගේ නිරීක්ෂණය හා නිර්දේශය මෙසේය

.....
.....
.....
මහජනාධාර මුදල් නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....
දිනය

.....
ස.සේ. නි. අත්සන

අනුමත කරමි

..... දින සිට අයදුම්කරුට පමණක් අයදුම්කරුට පමණක් අයදුම්කරු හා යැපෙන්නන් හට
..... මසකට බැගින් ගෙවීම අනුමත කරමි/නොකරමි.

.....
දිනය

.....
ප්‍රාදේශීය සහකාර ලේකම්/ සහකාර ප්‍රාදේශීය ලේකම්

MEDICAL CERTIFICATE

KIDNEY DISEASE ASSISTANCE

MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT

- 1. රෝගියාගේ නම.....
- 2. වයස.....
- 3. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය.....
- 4. ලිපිනය
- 5. සායනයේ ලිපිනය.....

වාට්ටු අංකය.....

සායන අංකය.....

මාගේ වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මින් පෙර කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වකුගඩු රෝගාධාර ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආදාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායනවලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව නතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසි හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....

රෝගියාගේ අත්සන

6. This is to Certify that Rev/Mr/Mrs/Miss..... of is Suffering Form Kidney Disease And is Taking Regular Treatment At This Institution As An Andoor/Outdoor Patient.

- A. Egfr
- B. Dialysing Patients
- C. Dialysing Commenced on

7. I Recommended that He/She be given Assistance From Month

Date.....

Nerphrologist/Consultant

Consultant V.P/Medical Officer

Medical Officer(it clinic records indicate that nephrologist/consultant v.p has diagnosed him/her as a kindey patient and following treatment for more than 03 month